33346

Lane Medical Library

Über pathologische Rauschzustände.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN.

Von

Gerhard Richter
approb. Arzt aus Kiekebusch.

Tag der Promotion: 16. April 1909.

Berlin 1909.
Universitäts-Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke)
Linienstraße 158.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Prof. Dr. **Ziehen.**

Dem Andenken meines Vaters.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/uberpathologisch0000gerh_u7l3

Obwohl wir oft im Leben Gelegenheit haben, die durch Trunkenheit hervorgerufenen Veränderungen zu beobachten, ja auch selbst mehr oder minder sie zu durchleben in der Lage gewesen sind, ist auffallenderweise die wirkliche Kenntnis dieser Zustände durchaus nicht Gemeingut aller. Wie der lebhafte literarische Kampf und die mündliche Diskussion uns täglich bestätigen, hat so ziemlich jeder seine eigene „Anschauung" über den Alkohol. Bei all diesen theoretischen Erörterungen kommen die unteren Klassen am schlechtesten weg: sie sind fortwährend im Unklaren, ob bzw. was der Alkohol nun eigentlich schadet oder nützt. Durch die wissenschaftlichen Diskussionen ist praktisch noch wenig geleistet worden.

Wenn wir die mit dem Alkohol in Verbindung stehenden Vorgänge im Leben richtig beurteilen wollen, so muß zunächst eine Einigung über die Art der Alkoholwirkung erfolgen.

Für einzelne Stoffe kennen wir geistige Störungen nur infolge ihrer chronischen Einwirkung auf das Nervensystem, für andere solche infolge einmaliger, d. h. akuter, Einwirkung. Für den Alkohol sind Psychosen aus beiderlei Ursachen bekannt. Jeder Laie weiß, daß der chronische Abusus spirituosorum, der chronische Alkoholismus, nächst der Heredität die wichtigste Ursache von Psychosen ist.

Die gewöhnliche akute Alkoholintoxikation ist im allgemeinen für den Psychiater weniger wichtig; denn der „normale" Rausch im ganz alltäglichen Sinne wird an und für sich selten Gegenstand psychiatrischer Behandlung.

Im folgenden soll von einer anderen akuten Alkoholintoxikation die Rede sein, von dem sog. „pathologischen"

(„unkomplizierten“ nach Ziehen) Rausch (Zustand pathologischer Alkoholreaktion nach v. Krafft-Ebing). In der älteren Literatur finden wir die Nomenklatur „Mania a potu“ oder „Mania ebriorum acutissima“. Schon der ältere, wenn auch nicht ganz erschöpfende Name „Mania“ deutet auf eine wirkliche Geisteskrankheit hin. In der Tat ist der pathologische Rausch eine solche, und zwar ein echter Dämmerzustand mit all seinen charakteristischen Symptomen.

Um das Wesen des pathologischen Rausches zu erkennen, müssen wir zunächst von der unkomplizierten gewöhnlichen Alkoholintoxikation ausgehen. Die im alltäglichen Leben bei dieser beobachteten Erscheinungen fügen sich ohne Zwang in die Gesetze, wie sie Exner, Kraepelin, Aschaffenburg, Dürer u. a. aus ihren exakten experimentell-psychologischen Beobachtungen abstrahiert haben. Sie wiesen u. a. nach, daß Alkoholgenuß Verschlechterung der intellektuellen Leistungen hervorruft. Die Zuverlässigkeit der Auffassung wird geschädigt, die Zahl der inhaltlichen Assoziationen nimmt ab, die Selbstkritik leidet in hohem Maße. Praktisch resultiert eine Abnahme und Verschlechterung der praktischen Leistungen, Neigung zu vorschnellen Bewegungen. Der Unterschied zwischen den bei den exakten Versuchen und den im Leben beobachteten Erscheinungen ist kein prinzipieller, sondern nur ein gradueller. Wir können beim gewöhnlichen Rausch drei nicht scharf voneinander geschiedene, sondern ineinander übergehende Phasen unterscheiden. In der ersten sind kurze Zeit die cortikalen Assoziationen beschleunigt: Die Ideenassoziation ist schneller, allerdings meist oberflächlicher und auf Kosten der Richtigkeit, der Bewegungsdrang gesteigert, Stimmung und Selbstgefühl gehoben. Doch gerät zugleich das ganze Gefühlsleben in einen Zustand größerer Labilität. Fließender Übergang zur zweiten Phase: Zunehmende Assoziationshemmung und progressive Ausschaltung weiter Vorstellungskreise. Infolgedessen fallen viele Hemmungen des normalen Lebens weg, und es kommt dementsprechend zu Handlungen, die außerhalb des Rausches dem betr. Individuum fernliegen; ich erinnere an die unsinnigen, inter pocula entrierten Wetten,

die Neigung zum Lärmen. Kurz, es fallen die Hemmungen weg, die sonst unser Tun und Lassen auf das genaueste regulieren. Mit dem weiteren Umsichgreifen des Ausfalls der Hemmungen kommt es schließlich in der dritten Phase zu einer schweren Störung des geistigen Lebens; in den Vordergrund tritt die Lähmung der höchsten psychisch-nervösen Zentren (räumliche und zeitliche Unorientiertheit, Verwirrtheit) und tieferer Hirn- und Rückenmarkszentren (Koordinationsstörungen, Geh-, Sprachstörungen). Endlich kann es zu Coma und selten zu Exitus kommen. — In den Fällen, wo alle drei Phasen durchlaufen werden, wo also nach laienhaften Begriffen ein „schwerer" oder sinnloser Rausch vorliegt, ist die Erinnerung nach dem Erwachen meist eingeschränkt; die Amnesie betrifft im allgemeinen nur die letzte Phase, setzt allmählich ein, ist selten antero- oder retrograd. Wird nur die erste oder erste und zweite Phase durchlaufen, so ist die Erinnerung fast immer eine gute. Ob alle Phasen durchlaufen werden, hängt von verschiedenen Umständen ab.

Unter diesen spielt die sog. Toleranz bzw. Intoleranz, d. h. die subjektive Widerstandsfähigkeit bzw. -unfähigkeit gegenüber dem Alkohol, die größte Rolle. Ich halte es für notwendig, hier näher auf den Begriff dieser sog. Toleranz einzugehen. Sie ist für das Verständnis des pathologischen Rausches unerläßlich. Kennen wir erst die Bedingungen, unter denen eine Intoleranz zustande kommt, so kennen wir zugleich die Ätiologie des pathologischen Rausches. Denn dieser entsteht auf dem Boden einer sog. dauernden Intoleranz gegen Alkohol. —

Um zunächst ganz allgemein von der Intensität der Alkoholwirkung zu reden, so ist diese in unkomplizierten Fällen, keineswegs immer beim pathologischen Rausche, naturgemäß abhängig von Art und Menge des genossenen Alkohols und von der Schnelligkeit der Aufnahme. Große Menge, starke Konzentration, schnelles Trinken bedingt intensive und rasche Wirkung. Der Gehalt an höheren Alkoholen (Fuselölen im Schnaps) wirkt deletärer als der Äthylalkohol des Biers oder Weines. Ferner ist die Widerstandsfähigkeit gegen Alkoholwirkung allgemein um so größer, je kräftiger der Trinkende in jeder Beziehung ist.

Dem Alter und Geschlecht nach vertragen Kinder und Frauen den Alkohol weniger gut als die Männer, unter diesen die Greise und die in der Pubertät befindlichen Jünglinge. Sie sind, wenn ich so sagen darf, physiologisch intolerant. Mit Recht weist Stier darauf hin, daß sich unsere Soldaten gerade in einem in dieser Beziehung gefährlichen Zeitalter befinden. — Schwere Rauschzustände finden wir auch bei solchen Individuen, die zwar Bier etc. „gewöhnt" sind, aber plötzlich in die Lage kommen, irgendein ihnen bisher unbekanntes Getränk, z. B. Absinth, zu sich zu nehmen.

Im Gegensatz zur physiologischen können wir eine pathologische Intoleranz unterscheiden. Diese kann eine vorübergehende einfache sein bei sonst Toleranten, deren Widerstandskraft für gewisse Zeit herabgesetzt ist. Ein nüchterner Magen verträgt wenig Alkohol; weitere schwächende Momente sind Schlafmangel und starke Anstrengung — alles drei Punkte, die wir oft im Militärleben beobachten (Manöver, Wachtdienst etc.). Nach Mattauschek kommen in Österreich speziell bei Gendarmen Erscheinungen von Intoleranz und so atypische, pathologische Rauschzustände zustande. — Vorübergehend ist die Intoleranz ferner nach Arrest-, überhaupt Freiheitsstrafen, Krankheiten, besonders infektiösen. Der Soldat „begießt" aus Freude über die Entlassung aus der unfreiwilligen Abstinenz der Arrestdauer diesen Vorfall ordentlich; oft sehen wir danach schwere Rauschzustände eintreten. Doch ist gerade in solchen Fällen oft nicht nur der Arrest selbst, sondern der positive Gefühlston der Freude ein direkt schwächendes Moment. Ebenso wirkt jeder andere Affekt, wie die negativen Gefühlstöne der Sorge, des Schmerzes etc. In hohem Maße wichtig für eine Steigerung der Alkoholwirkung sind die während des Alkoholgenusses auftretenden sog. Affektshocks. Eine harmlose Neckerei kann Zornesausbrüche hervorrufen. Daß Hitze und jäher Temperaturwechsel die Alkoholwirkung steigern, ist bekannt. In diesem Sinne spielt auch die heiße Jahreszeit eine Rolle. Schließlich möchte ich noch die bekannten Wirkungen des Abusus nicotianae und der sexuellen Erregungen als schwächend erwähnen. Nach Heilbronner kommen die meisten aller bei Frauen

beobachteten Fälle von pathologischem Rausch auf Puellae publicae, die z. T. direkt aus ihrem Beruf heraus dem Arzt zugeführt werden. Ich sah einen Fall von pathologischem Rausch bei einer Kellnerin.

Die dauernde Intoleranz spielt in der Ätiologie des pathologischen Rausches die wichtigste Rolle, oder besser gesagt, sie kommt überhaupt nur als einziges ätiologisches Moment in Betracht.

Sie ist entweder eine einfache oder komplizierte.

Bei der außerordentlichen Verschiedenheit der Menschen kann es uns nicht wundern, daß die Alkoholwirkung nicht nur bei dem einzelnen je nach der augenblicklichen Verfassung (die, wie wir oben sahen, eine vorübergehende einfache Intoleranz bedingen kann) verschiedenartig ist, sondern daß beim Vergleich der Menschen untereinander diese Wirkung in noch höherem Maße verschiedenartig ist. Wir können von einer individuellen Disposition reden; wir sehen, wie bei Liebesmahlen, Trinkfesten etc. bei dem einen diese, bei dem andern jene Nuance der Alkoholwirkung manifest wird. Diese Art der Beeinflussung richtet sich nach Gesetzen, die wir zwar noch nicht sämtlich kennen, deren einige aber immer deutlichere Gestalt annehmen.

So sind dauernd intolerant alle, deren nervöses Zentralorgan Störungen der Entwickelung und Differenzierung aufweist. Als wichtigste Gruppe dieser Individuen nenne ich die Schwachsinnigen (Debile, Imbecille, Idioten), deren Gehirn auf einer niederen Entwickelungsstufe zurückgeblieben ist. Schon normaliter charakterisiert sie, abgesehen vom Intelligenzdefekt, eine erhöhte Reaktion auf Affekte. Wir können wohl begreifen, daß schon bei geringen Schädigungen, wie kleinen Alkoholdosen, erhebliche Störungen des Gehirns auftreten.

Die Epilepsie bedingt auch bei nicht ausgesprochener sekundärer Demenz und bei Seltenheit der Anfälle doch eine tiefe geistige Veränderung und organische Schädigung des Gehirns. Das äußert sich namentlich in einer stark prononzierten Irresistenz gegen Alkohol und Affekteinflüsse. Die Epilepsie spielt daher in der Ätiologie des pathologischen Rausches eine ganz hervorragende Rolle. Es ist eine alte Erfahrung, daß ein großer Teil

der pathologisch Berauschten an genuiner Epilepsie leidet.

Weniger gefährdet sind die Hysterischen und Neurasthenischen, bei denen die Gefahr so heftiger motorischer Entladungen, wie sie beim Epileptiker nach Alkoholgenuß oft auftreten, geringer ist. Unter den hysterischen Frauen sind es meist Puellae publicae, die in einen pathologischen Rauschzustand verfallen. Dauernd intolerant sind ferner die Psycho- und Neuropathen, besonders die hereditären — kurz, all jene desequilibrierten Individuen, die a priori ein schwächeres und empfindlicheres Nervensystem aufweisen, die im Leben oft nur als Sonderlinge imponieren oder überhaupt nichts Spezifisches bieten; bei diesen ist dann vielfach die Intoleranz das einzige sich manifestierende Symptom.

Von dieser kongenitalen dauernden Intoleranz unterscheiden wir die im späteren Leben erworbene und von diesem Zeitpunkt an dauernde Intoleranz, hauptsächlich durch Kopftraumen bedingt, wenn dabei auch nur eine leichte Commotio cerebri vorlag, und nach kurzer Bewußtlosigkeit zunächst keine sichtbaren Spuren zurückblieben; wir finden manchmal dann als einziges Symptom die dauernde Intoleranz. Gleichartig zu bewerten sind natürlich sonstige Gehirnerkrankungen (Hirnsyphilis und andere chronische Prozesse, wie Dementia paralytica, namentlich im Prodromalstadium) und — last not least — der chronische Alkoholismus. Der chronische alte Potator „verträgt“ daher, im Gegensatz zur vulgären Anschauung, nicht viel und gerät oft schon nach geringen Alkoholmengen in schwere Rauschzustände.

Die höchsten Grade der Intoleranz, „komplizierte Intoleranz“, beobachten wir da, wo eine Kombination von vorübergehender und dauernder Intoleranz eintritt: eine durch kurzdauernde Einflüsse bedingte Intoleranz kommt zu einer durch nervöse Konstitution bedingten. In den meisten Fällen von pathologischem Rausch handelt es sich ätiologisch um diese Art der Intoleranz. Durch drei Worte: dauernde Intoleranz, einmaliger Alkoholgenuß, auslösendes Moment — läßt sich also im allgemeinen die Genese eines pathologischen Rausches kurz charakterisieren.

Es ist ausdrücklich zu betonen, daß nicht jede dauernde Intoleranz gleich einen pathologischen Rausch nach Alkoholgenuß hervorruft. Es ist zunächst nur ganz allgemein zu sagen, daß sämtliche Alkoholintoxikationen bei Intoleranz ein viel schwereres Krankheitsbild darbieten als bei einem in jeder Beziehung vollkräftigen Menschen.

Der pathologische Rauschzustand im engeren Sinne (insofern als ja auch der „normale“ Rausch — besser als inkomplizierter zu bezeichnen — einen pathologischen Zustand darstellt) ist eine echte kurzdauernde Geisteskrankheit im Sinne eines Dämmerzustandes, der immer durch Alkoholgenuß — Genuß, nicht stets Exzeß! — ausgelöst wird, sich in jedes Stadium der gewöhnlichen Trunkenheit einschieben kann und ausschließlich auf dem Boden einer dauernden allgemeinen Intoleranz entsteht. (Stier fügt hinzu „und des chronischen Alkoholismus“, eine Spezifizierung, der ich nicht beistimmen kann, da der chronische Alkoholismus doch auch schließlich eine Intoleranz erzeugt.) So ist der echte pathologische Rausch dem unkomplizierten gegenüber nicht der Ausdruck einer quantitativ stärkeren, sondern einer qualitativ anderen Alkoholintoxikation. Doch ist m. E. bei manchen nicht scharf prononcierten Fällen von pathologischem Rausch eine genaue Grenze nach den unkomplizierten Rauschzuständen hin nicht zu ziehen. Und so mag denn das Unterbringen z. B. in einer der drei Kategorien, wie sie Lentz (Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique) angibt — normalen, abnormen und pathologischen Rausch — nicht immer ganz leicht sein.

Die Symptomatologie des pathologischen Rausches zeigt uns in charakteristischen Fällen einen Zustand, dessen Bild durch die geläufigen Symptome der gewöhnlichen Alkoholintoxikation nicht erschöpft wird. Es können sogar die Erscheinungen, die für den Laien wesentliche Kriterien des Berauschtseins vorstellen, gänzlich fehlen oder doch sehr wenig ausgeprägt sein.

Die psychischen Störungen liegen beim pathologischen Rausch auf allen Gebieten des Geisteslebens, namentlich auf dem des Empfindens und der Affekte. Das motorische Verhalten ist oft schwer verändert.

Daneben existieren noch einige merkwürdige, rein somatische Symptome, denen in diagnostischer Beziehung von Autoren wie Cramer, Gudden etc. große Bedeutung beigelegt wird.

Eine Einteilung der pathologischen Rauschzustände in 4 Formen: eine maniakalische, eine konvulsive, eine delirante und eine somnambule, wie sie Lentz vorschlägt, ist vielleicht überflüssig, da doch keine der Formen für sich rein prononciert vorkommt. Immerhin gibt uns diese Einteilung einen ungefähren Begriff von der Vielseitigkeit der Bilder, unter denen ein pathologischer Rauschzustand auftreten kann. Und rein praktisch mag dem Beobachter tatsächlich im allgemeinen ein ganz bestimmtes Symptom als charakteristisch entweder für einen maniakalischen, deliranten etc. Zustand imponieren.

Ich will im folgenden von einer Einteilung wie oben absehen und lediglich eben nur Symptome beschreiben, wie sie über die des gewöhnlichen Rausches hinaus beobachtet werden.

Man beobachtet zunächst im Verlaufe des pathologischen Rausches einen Affekt, der dem Rausche an sich fremd ist, den Affekt der Angst. Es ist bemerkenswert, daß ganz allgemein zwischen Alkoholmißbrauch und Auftreten von Angst überhaupt oft ein enger Zusammenhang besteht; so ist sie meist als Initialerscheinung des Delirium tremens vorhanden; andere Alkoholpsychosen verlaufen ganz unter dem vorwiegenden Gepräge der Angst, wobei es sich um eine „komplizierte“ Angstpsychose (Wernicke, unter dem Bilde der Melancholia agitata) oder nur um die einfache leichte sog. „Schnapsangst“ handeln kann.

Wie die psychotische Angst überhaupt, so scheint sich die Angst im pathologischen Rausche in den meisten Fällen als lokalisierte Empfindung, hauptsächlich präkordial, zu manifestieren; die Patienten geben oft spontan die Herzgegend als Sitz der Angst an, klagen über Druckgefühl, nach oben aufsteigendes Beengtsein, auch über aufsteigende Kälte. Doch kann sich die Lokalisation der Angst auch auf andere Körperteile beziehen.

Die Angst kann ganz unbestimmt, gegenstandslos sein, kann nur als leichte Ängstlichkeit imponieren, aber schließlich kann sie auch dann schwere Grade erreichen. Dann kommt es eventuell zu Suicidversuchen, die bei Mißlingen zuweilen mit großer Hartnäckigkeit wiederholt werden. Ein Pat. Kraepelins, ein Student, verfiel nach Kommersen regelmäßig in einen pathologischen Rausch mit epileptoiden Anfällen, in denen er nur mit Not am Selbstmord gehindert werden konnte. Infolge der Angst kommt es auch zu Mordversuchen, sogar an den eigenen Kindern. — Nach Heilbronner gehört ein großer Teil der als Raptus melancholicus bezeichneten Fälle in diese Kategorie.

Relativ selten kommt es — im Gegensatz zur Angst der Melancholie — zu Selbstanklagen. In manchen Fällen erreicht die Angst hohe Grade, sie steigert sich bis zur Verzweiflung. In diesen Fällen ist sie dann auch meist mit schweren ängstlich-phantastischen Befürchtungen und Mißdeutungen kombiniert, die wahrscheinlich Erklärungsversuche einer primären Angst sind. So glaubt der Patient, er solle ermordet, verstümmelt werden etc.

Die Gefühlstöne, die das Bild des pathologischen Rausches beherrschen, sind lediglich negative. Heilbronner gibt an, zwar nie die vergnügte Euphorie des leicht Trunkenen, gelegentlich aber ein ganz expansives, überschwengliches Glücksgefühl gesehen zu haben, wie er am typischsten beim Epileptiker, seltener bei Paralytikern zu sehen ist. Doch glaubt er, daß auch dieses Glücksgefühl in einer dem normalen Vorstellen schwer zugänglichen Weise mit ängstlichen Empfindungen gemischt sei.

Die ethischen Gefühlstöne zeigen in höherem Maße als beim gewöhnlichen Trinker eine Labilität. Wir sehen z. B., daß bis dahin latent gebliebene perverse Dispositionen im pathologischen Rausche erst manifest werden. Es kommt dementsprechend, besonders bei epileptischen Individuen, zu Päderastie, Exhibition usw. Ich kannte in meiner Heimat einen im Sinne konvergenter Heredität schwer belasteten Arbeiter, nüchtern ein tüchtiger Mensch, der aber schon nach wenigen, oft

nur 2 Glas Bier in einen pathologischen Rausch verfiel, um in diesem in obszönster Weise vor jedem weiblichen Wesen zu exhibitionieren und diesem schamlose Anträge zu machen. — Auch Notzucht wird öfters beobachtet.

Ein nur in wenigen Fällen fehlendes Symptom ist der Verlust der Orientierung. Wernicke hält dies Symptom für so wichtig, daß er es bei der Rubrizierung des betreffenden Rauschzustandes ausschlaggebend sein läßt. Es handelt sich nicht etwa wie beim Schwertrunkenen nur um eine mangelhafte Auffassung der Umgebung, sondern um eine mehr oder minder große Desorientierung in der Außenwelt, zugleich mit phantastischer Verkennung derselben im Sinne des beherrschenden Affektes. Die affektiven Gefühlstöne modifizieren durch ihre Überwertigkeit dem Kranken die Außenwelt. So hält der Kranke die Klinik für ein Gefängnis, das Bett für einen Sarg, einen Richtblock; die umgebenden Personen werden als Teufel, Feinde, Neider usw. bezeichnet. Wie weit oft in solchen Fällen Illusionen mitspielen, sei dahingestellt. Eine ganz gewöhnliche Erscheinung ist es, daß die Wärter der Klinik als Mörder und Henker bezeichnet werden. Mitunter kommen dann auch Momente, in denen die Desorientierung vollkommen schwindet; der Patient, der den ihn verhaftenden Schutzmann eben noch für den Henker hielt, erwacht — sit venia verbo —, erkennt Personen, Gebäude usw., um dann eventuell wieder in den alten Zustand zurück zu fallen. Es ist erklärlich, daß oft hierbei jeder Versuch der Hilfeleistung, jede Annäherung von dem Kranken mißdeutet wird und dem Hilfsbereiten, wenn der Kranke bewaffnet ist, recht teuer zu stehen kommen kann.

Auch Vorgänge, die mit dem Pat. nicht das Geringste zu tun haben, bezieht dieser auf sich, um sie in ängstlichem Sinne zu mißdeuten: ängstlicher Beziehungswahn. Eifersuchtswahnideen und andere Wahnideen persekutorischen Charakters beobachtet man relativ häufig.

Neben räumlicher Desorientierung besteht oft zeitliche; doch ist dies Verhalten nicht konstant. Überhaupt können, im Gegensatz zu Wernicke, verschiedene

Autoren dem Verlust der Orientierung keine so große Bedeutung beilegen.

Die Intelligenzprüfung ergibt, wenn nicht a priori angeborener oder erworbener Schwachsinn vorliegt, oder die Angst und Wahnideen kein geordnetes Assoziieren durch ihre Überwertigkeit zulassen, oft gute Resultate.

Ein weiteres bemerkenswertes Symptom des pathologischen Rausches sind die sich als Halluzinationen manifestierenden Störungen des Empfindens. Die Halluzinationen sind ebenso häufig akustische wie optische, seltener sind andere Sinnessphären betroffen. Die optischen Halluzinationen gleichen manchmal denen bei ängstlichem Delirium tremens: Gewürm, Schlangen, die sich um den Pat. wickeln und entsprechende Sensationen hervorrufen. Bei Hysterikern werden oft Menschen halluziniert: ein drohender Mann in der Ecke, ein vorbeihuschender Schatten. Auch ganze Scharen werden halluziniert. Der illusionären Verkennungen wurde oben schon gedacht. Die Visionen sind, wie wir sehen, meist feindlichen, seltener freundlichen oder indifferenten Inhalts. Ein Kranker Kutners sah das Christkind an der Decke.

Die Akoasmen sind ebenfalls meist feindlichen Inhalts. Diagnostisch entziehen sie sich leichter der Feststellung als die optischen. Der Kranke hört plötzlich Tuscheln, Schritte. Im Nebenzimmer hört er eine ganze Gerichtsverhandlung oder eine Verhandlung darüber, wie man ihn am besten berauben und ermorden könnte. Der Kranke hört, wie beim Delirium, kurze Schimpf- und Drohworte, oft in der dritten Person gegen ihn gerichtet: „jetzt geht der Lump“, „ins Irrenhaus gehört er“, „weg muß er“.

Seltener sind Halluzinationen auf anderem Gebiete, haptische, Geschmackshalluzinationen. Ein Kranker Kutners klagte im pathologischen Rausche während des Anfalls über giftigen Rauchgeruch.

Größenideen sind selten, am häufigsten noch in den auch recht seltenen Fällen, wo positive Gefühlstöne bestehen. Pick berichtet im Journal of mental science von einem Patienten, bei dem sich nach Alkoholgenuß jedesmal mit photographischer Treue derselbe Zustand

entwickelte: er verfiel in einen traumartigen Zustand und äußerte, immer mit dem gleichen Ausdruck, phantastische Größenideen, für die allerdings gewisse Grundlagen nachgewiesen werden konnten. Auch wird gelegentlich von Geldsendungen, Auszeichnungen, Offenbarungen gefabelt. Wegen der religiösen Färbung ist man geneigt, auf Epilepsie die Diagnose zu stellen. Ausnahmsweise kommt es auch bei schwer ängstlichem pathologischen Rauschzustande vor, daß der verzweifelte Kranke z. B. den Kaiser zur Hilfe ruft, mit dessen Rache droht usw.

Als besonders auffällig imponiert meist das motorische Verhalten. Selten fehlen die charakteristischen motorischen Entladungen, doch kommt dies auch vor. Wo sie vorhanden sind, können wir sie in zwei Kategorien scheiden.

In dem einen Teil der Fälle können wir das motorische Verhalten durch die jeweilig bestehenden Affekte motiviert erachten; es modifiziert sich daher auch nach dem Verhalten der Umgebung. Da der vorherrschende Affekt meist die Angst ist, erhalten wir ein entsprechendes Bild. Der Kranke geht ruhelos hin und her, blickt ängstlich um sich, bittet den Arzt, ihn zu schützen. Er wehrt sich mit aller Kraft gegen seine Feinde, sucht ihnen zu entweichen, indem er durchs Fenster springt, sich selbst tötet usw. Doch beschränkt sich der schwer ängstliche Kranke nicht auf die Defensive, im Gegenteil, hat man bei solchen Patienten gerade die wütendste Aggressivität zu gewärtigen, die bei ihrer Plötzlichkeit und Explosibilität nicht immer eine Motivierung durch den Affekt erkennen läßt. Das motorische Verhalten deckt sich dann oft mit dem in Fällen von schwerer Manie; ohne Zweifel hat die alte Bezeichnung „mania a potu“ für den pathologischen Rausch darin ihren Grund (maniakalische Form des pathologischen Rausches von Lentz).

Zahllos ist die Art der bei dieser Form vorkommenden Gewaltakte: Mord, Totschlag, Notzucht an Frauen und Kindern usw. Widerstand gegen die Staatsgewalt in solchen Fällen bildet oft den Gegenstand forensischer ärztlicher Beurteilung, ebenso Waffen-

gebrauch und Gehorsamsverweigerung, tätlicher Angriff auf einen Vorgesetzten beim Militär. — Mit der motorischen Entladung kommt oft eine partielle Klärung zustande, so daß der Pat. sich bei der Verhaftung ganz ruhig und besonnen benehmen kann. Ein Punkt, der für den Richter irreführend sein kann.

Manchmal macht sich die Angst der Kranken in einem intensiven, monotonen Schimpfparoxysmus Luft (Beamtenbeleidigung!). Andere jammern stundenlang. Psychologisch zu erklären sind meist die Selbstmordversuche. Ein Kranker Heilbronners meinte ganz unvermittelt „was habe ich denn vom Leben, ich pfeife aufs Leben“ und versuchte, sich in Gegenwart seiner Mutter zu erhängen und zu erstechen. Eine andere motorische Reaktion in Form der Selbstverstümmelung (z. B. Kastration) wird ebenfalls beobachtet und wäre vielleicht durch Selbstanklagen zu motivieren. Der Arzt muß bei pathologisch Berauschten stets an die Gefahr des Suicids und der Selbstverstümmelung denken.

Bei andern kommt es zu geheimnisvollem Verschwinden, zum Vagabondieren, beim Militär zu Desertionen. Dergleichen Individuen wachen dann an einem fremden Orte auf, ohne zu wissen, wie sie dahingekommen sind — ein Zustand, der eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Somnambulismus hat (somnambule Form des pathologischen Rausches von Lentz).

Bei dem zweiten Teil der Fälle läßt sich eine psychologische Erklärung für das motorische Verhalten nicht finden, jedenfalls sind wir dazu nicht imstande. Da treffen wir dann Bewegungen, charakterisiert durch ihre Unbeeinflußbarkeit von äußeren Eindrücken. So beobachtet man rhythmisches Wiegen des Körpers, taktmäßiges Heben und Senken der Arme und Beine, rücksichtsloses Aufschlagen des Hinterkopfes. Oft findet man dabei synchrones, monotones Schreien, andererseits absoluten, auf Zuspruch unveränderlichen Mutismus (konvulsive Form des pathologischen Rausches von Lentz). Diagnostisch verdienen diese Zustände insofern Beachtung, als sie große Ähnlichkeit mit dem motorischen Verhalten bei hysterischen Krampfanfällen bieten und zu Irrtümern in der Diagnose führen können.

Ich gehe nun mit einigen Worten auf die rein somatischen Symptome beim pathologischen Rausch ein, deren einige von Cramer, Gudden, Kutner u. a. m. als wichtig aufgefaßt werden.

Es ist bemerkenswert, daß gerade die Zeichen, die dem Laien als Kriterien der Trunkenheit bekannt sind, fehlen können. So finden wir durchaus nicht immer einen taumelnden Gang oder lallende Sprache, ein Umstand, der von dem ärztlichen Sachverständigen vor Gericht nicht genug betont werden kann. Ich glaube, daß Lucien Mayet mit Rücksicht auf das Fehlen eigentlicher Trunkenheitssymptome die Bezeichnung „pseudo-ivresse pathologique“ für den pathologischen Rausch gewählt hat.

Eine besondere Beachtung scheint das Verhalten der Reflexe beim pathologischen Rausche zu erfordern. Es ist jedoch zu betonen, daß die bisherigen diesbezüglichen Untersuchungen noch keine allgemeine Gültigkeit beanspruchen, sondern genauer Nachprüfung bedürfen. Es ist dies insofern nicht ganz leicht, als frische Fälle relativ selten zur ärztlichen Kognition kommen.

Zunächst die Pupillenreaktion. Wir wissen, daß diese bei chronischem Alkoholismus (bei 12 Proz.) herabgesetzt, selten aufgehoben ist (Thomsen). Ihr Verhalten bei der akuten Intoxikation ist besonders von Gudden geprüft worden. Heutzutage scheinen sich die Autoren darüber einig, daß beim pathologischen Rausch stets eine starke Herabsetzung, zuweilen ein vollkommenes Fehlen der Lichtreaktion vorhanden ist, wie sie allerhöchstens beim „sinnlosen“ unkomplizierten Rausch vorkommt. Die Herabsetzung braucht nicht gleichmäßig zu sein. Die Pupillen an sich können maximal weit oder eng sein. Im Gegensatz zur verminderten Reaktion ist manchmal eine übermäßig lebhafte, selbst Hippus (Siemerling) vorhanden. Die normale Reaktion stellt sich erst relativ spät, meist nach dem terminalen Schlaf, 6—8—14 Stunden, höchstens Tage später ein — für die nachträgliche Diagnose eines pathologischen Rausches immerhin ein gewisser Anhaltspunkt. Auf jeden Fall dürfen wir ein wie oben geschildertes Verhalten der Pupillen als einen Maßstab für die Allgemeinintoxikation des Gehirns erachten.

Die Stärke der Reaktionsveränderung steht in geradem Verhältnis zur Trübung des Bewußtseins — ein Grundsatz, der für Laien und Richter forensisch eine klare Beweiskraft hat. — Die Prüfung der Lichtreaktion hat mit intensiver Lichtquelle zu erfolgen.

Die Sehnenreflexe, die im unkomplizierten Rausch durch Lähmung der reflexhemmenden Zentren meist gesteigert sind, zeigen in vielen Fällen von pathologischem Rausch eine starke Herabsetzung, in der Mehrzahl fehlen sie. Man prüft besonders den Patellar-, Achilles- und Tricepsreflex. In dem einen Falle von Kutner war der Patellarreflex erschöpfbar, in der Art, daß die Zuckungen immer schwächer wurden, und der Reflex nach 5 bis 6 Schlägen verschwand. Nach einigen Minuten war er immer wieder vorhanden und zeigte das gleiche Verhalten. Das Babinskiphänomen ist bald positiv, bald negativ, tritt gelegentlich erst im Schlaf oder nach Hyoscinwirkung auf. Korneal- und Konjunktivalreflex zeigen ebenfalls ein schwankendes Verhalten. Bauchdecken- und Kremasterreflex sind meist erhalten. Nach Aufhören der akuten Intoxikationserscheinungen sind die Reflexe normal, oft gesteigert.

Weiter ist beim pathologischen Rausch die beim normalen Rausch nicht vorhandene Veränderung des Muskeltonus beachtenswert, im Sinne einer hochgradigen Steigerung der passiven Beweglichkeit in den schlaffen Gelenken. Das Fehlen des bei Gesunden zu fühlenden charakteristischen geringen Widerstandes ist in die Augen fallend.

Als pathogenetische Grundlage für das Verhalten der Sehnenreflexe und des Muskeltonus glaubt Kutner „am plausibelsten eine Störung in der Funktion der intramedullär gelegenen, sogenannten inneren Reflexbogen, von Assoziationsbahnen annehmen zu können, gleichsam ein Analogon der mit psychischen Störungen einhergehenden Affektion von Assoziationsbahnen des Großhirns. Auch das Verhalten der Lichtreaktion findet damit eine Erklärung, wenn wir uns erinnern, daß das betr. Zentrum von vielen in das untere Halsmark verlegt wird. Wir hätten also als nervöse Angriffspunkte der akuten Alkoholintoxikation nicht nur das Gehirn, sondern

auch das Rückenmark und vielleicht auch die peripheren Nerven zu betrachten".

Das sonstige somatische Verhalten bietet nichts besonders Charakteristisches. Zuweilen besteht diffuse oder zirkumskripte Hypalgesie, sogar Analgesie; gerade in diesen Fällen fehlen mit Vorliebe die Hautreflexe. Der Puls ist meist klein, frequent; die Temperatur gelegentlich erhöht; oft besteht subjektives Hitzegefühl. Andererseits ist die Haut, besonders der Extremitäten, oft kühl. Allgemeiner Tremor wird vielfach beobachtet.

Der Ablauf des pathologischen Rausches bietet die Charakteristika eines echten Dämmerzustandes: schneller Beginn, kurze Dauer, schneller Abschluß. Dem akuten oder perakuten Ausbruch des pathologischen Rausches gehen Zeichen einfacher Trunkenheit oft, nicht ausnahmslos voraus. Häufig kommt es vor, daß der Zustand erst einsetzt, nachdem das betr. Individuum bereits in Schlaf gesunken ist, sei es zu Haus im Bett oder in einer Ecke der Kneipe. Die Differenz in der zeitlichen Verknüpfung zwischen Ursache und Wirkung erscheint merkwürdig, da in der Zwischenzeit absolut keine Zeichen eines abnormen Geisteszustandes vorzuliegen brauchen, bis dann ganz foudroyant der Ausbruch erfolgt. Über die dazu führenden Gelegenheitsmomente sprachen wir schon (s. Ätiologie). Manchmal ist ein solches nicht nachweisbar. Anwesende Personen geben häufig als initiale, aber auch als spätere Erscheinung einen Krampfanfall an. Daß bei der Bewertung solcher „Krämpfe" Vorsicht geboten ist, erwähnte ich bereits. Schwer genug ist es jedenfalls in vielen Fällen, nachträglich aus Zeugenaussagen eine Entscheidung über die Natur solcher Zustände zu treffen.

Was die Dauer der Zustände anbetrifft, so ist diese meist gering. In manchen Fällen nimmt der ganze Decursus nur wenige Minuten in Anspruch; namentlich sind es die, bei denen die Erregung aus dem Halbschlaf heraus eintritt. Seltener dauert der eigentliche pathologische Rausch Stunden, es sei denn, daß gleichzeitig noch ein anderes Grundleiden besteht.

Als Abschluß sehen wir selten epileptische (hier im symptomatischen Sinne gesprochen) Anfälle. Meist finden

wir als Abschluß einen längeren Schlaf. Daß bei Zuständen mit stürmischem Verlauf ein Abklingen ohne Schlaf eintritt, wird wohl nie beobachtet. Der Schlaf ist im Gegensatz zu dem des gewöhnlich Berauschten anscheinend mindestens im Beginne nicht sehr fest. Eine unvorsichtige Untersuchung des scheinbar Schlafenden erweckt diesen und kann schwere Zustände hervorrufen. Später wird der Schlaf tiefer. Doch muß man bedenken, daß in vielen Fällen auch die Wirkung eines Narkotikums dabei mitspielt, und etwaige Beobachtungen über den Schlaf dadurch an Klarheit verlieren. Übrigens bleibt die Reaktion, z. B. auf Hyoscin in großen Dosen, zuweilen lange aus. — Der tiefe, lange Schlaf wird von vielen Autoren als pathognomonisch wichtig betrachtet.

Im Gegensatz zu dem normal Berauschten, der, ins Bett gebracht, sofort einschläft und schwer zu wecken ist, kann dieser beruhigende Einfluß beim pathologischen Rausch versagen. Wenn auch der Kranke isoliert und dadurch jeder äußere Reiz ausgeschlossen wird, so tobt er gelegentlich doch noch weiter, schimpft und schreit — ein Verhalten, das sich durch Fortdauern der Halluzinationen usw. erklären läßt.

Nach dem Erwachen ist Verhalten und subjektives Befinden der Kranken verschieden. Völliges Wohlbefinden sehen wir nur selten; meist besteht das, womit wir die Folgen auch weniger deletär verlaufender Alkoholintoxikationen zu bezeichnen pflegen: ein „Kater", Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, Übelkeit, Benommenheit. Die Psyche ist reizbar; oft besteht leichtes Angstgefühl — eine Reminiszenz an das Vorhergegangene — mit präkordialer Lokalisation; Beziehungswahnideen können auftreten und erst allmählich wieder abklingen. Die Kranken sehen blaß, verfallen aus, haben schlechten Appetit u. a. m.

Die Zahl der Anfälle kann eine recht erhebliche sein. Nachdrücklich muß jedoch betont werden, daß nicht jeder Alkoholexzeß, geschweige denn -genuß auch bei disponierten Individuen zu so schweren Zuständen führen muß, daß vielmehr mehrere Wochen hindurch selbst erhebliche Exzesse ohne Folgen vertragen werden.

Für den Erregungszustand selber besteht in der Regel Amnesie, die von vielen Autoren als pathognomonisch wichtig aufgefaßt wird, während Heilbronner dies nicht zugibt, da sie auch bei gewöhnlichen schweren Rauschzuständen eintritt, andererseits auch beim pathologischen Rausch fehlen kann. — Die Amnesie kann total und partiell sein. Sie kann retro- und anterograd sein. Eine schleierhafte, dämmerhafte Erinnerung kommt oft wie bei der Epilepsie vor. Häufig sehen wir auch, wie einzelne Erinnerungsbilder aus der sonst der Amnesie geweihten Periode hervortreten. Es braucht nicht besonders betont zu werden, daß es sich dabei um besonders stark affektbetonte Vorstellungen handelt.

Überhaupt kann man sagen, daß die Amnesie keineswegs proportional der Bewußtseinstrübung ist, sondern abhängig von dem Grade der mit starkem Affekt einhergehenden Konzentrierung der Geistestätigkeit auf einzelne Gedanken. Und so wird die Erinnerung an ganz bestimmte, affektbetonte Vorstellungen mit in den normalen Zustand herübergenommen. — Vielfach sind die Pat. bei der Aufnahme örtlich und zeitlich gut orientiert, fassen gut auf, erzählen geordnet und zusammenhängend, rechnen gut usw. — und doch besteht noch Amnesie. Ein abnormer Geisteszustand wird in solchen Fällen manchmal überhaupt erst durch Wahnideen, Visionen usw. dokumentiert. Bei schwer degenerierten Potatoren kommen sog. habituelle pathologische Rauschzustände vor, die im allgemeinen weniger stürmisch verlaufen. Halluzinationen sind wohl ausgebildet. Der Affekt, die motorischen Reaktionen und die Desorientierung pflegen erheblich geringer zu sein. Es ist nicht leicht vorherzusagen, ob mit Aufhören der Intoxikation auch die Symptome schwinden werden. Heilbronner hat für diese Fälle die Bezeichnung „abortives Delirium“ oder „abortive Halluzinose“ gebraucht. Kritischer Schlaf ist vorhanden; der Kranke erwacht meist mit Krankheitseinsicht. Eifersuchtswahn ist häufig. Bemerkenswert ist besonders bei diesen Zuständen die photographische Treue der einzelnen Anfälle, ferner, daß gerade diese Formen oft außer dem Alkoholismus selber keine anderweitige Disposition erkennen lassen.

Die Diagnose des pathologischen Rausches ist leicht, wenn die gewöhnlich sehr floride verlaufenden Fälle frisch zur ärztlichen Beobachtung kommen, was nicht oft der Fall ist. Die Irrenanstalten mit ihrem ziemlich umständlichen Aufnahmeverfahren bekommen Fälle von pathologischem Rausch nur selten. Man ist meist auf die anfechtbaren und mangelhaften nachträglichen Erhebungen angewiesen, namentlich in forensen Fällen.

Das wesentliche Kriterium des pathologischen Rausches liegt gegenüber dem normalen Rausch nicht im Quantitativen, sondern, wie schon bemerkt, im Qualitativen. In der Gewaltsamkeit der motorischen Entladungen kann man daher nicht ein für Psychose beweisendes Moment sehen. Wenn man ein solches im motorischen Verhalten finden will, so dürfte man sich mit größerem Rechte an die oben geschilderten Stereotypien halten, wenn sie überhaupt vorhanden sind. Den wertvollsten Anhalt für die Differentialdiagnose liefert wohl meist der Affekt. Unmittelbar in die Augen fallend ist der Unterschied zwischen dem brutalen Zorn des Trunkenen und dem ängstlichen, verzweifelten Affekt des Kranken. Auch die Art und Weise der Reaktion auf Zuspruch ist recht charakteristisch.

Die Desorientierung pflegt beim pathologischen Rausch viel stärker als beim unkomplizierten ausgeprägt zu sein. Man darf ihr jedoch nicht zu viel pathognomonische Bedeutung beilegen, da sie auch fehlen kann, andererseits auch hohe Grade beim gewöhnlichen Rausch erreichen kann. Ein Verständnis für die Umgebung ist bei guter Orientierung des pathologisch Berauschten keineswegs immer vorhanden, ein Punkt, auf den der Richter in forensen Fällen aufmerksam zu machen ist. Es kommt vor, daß z. B. ein Individuum im Erregungszustand des pathologischen Rausches einen Menschen erschlagen hat, bei der Verhaftung sich aber ruhig und gesittet benimmt, Menschen erkennt, Auskunft gibt usw. Der Richter wird in solchen Fällen geneigt sein, anzunehmen, daß auch zur Zeit der Tatbegehung völlige Klarheit über Tun und Lassen vorhanden war. Bekannt ist der seinerzeit in den Zeitungen viel diskutierte Fall P....., auf den ich hier nicht näher eingehen will.

Über die Halluzinationen wird man vielfach nur zufällig Auskunft erlangen, da eine entsprechende Exploration sich aus rein äußerlichen Gründen verbietet. Der Arzt wird vollkommen durch die Aufgabe in Anspruch genommen sein, das erregte Individuum zu beruhigen, am Selbstmord zu hindern usw. Auch die Untersuchung der Reflexe ist daher schwierig, sollte aber, wenn irgend möglich, vorgenommen werden. Daß gegenüber dem einfachen Rausch die Symptome der Lähmung (Taumeln, Lallen) zurücktreten, wurde bereits erwähnt, ebenso, daß nur geringe Alkoholmengen zum Zustandekommen eines pathologischen Rausches erforderlich sind. Differentialdiagnostisch wertvoll ist das Verhalten bei der Isolierung, wie oben geschildert, und die Art des Schlafes.

Ob es sich überhaupt um eine Alkoholpsychose handelt, wird in den meisten frischen Fällen unschwer zu entscheiden sein; der Foetor ex ore bietet einen willkommenen Anhaltspunkt. Bei Soldaten, deren jeweiliger Geldbesitz ungefähr bekannt ist, wird man event. sogar aus der Untersuchung des Brustbeutels die Menge des genossenen Alkohols feststellen können.

Die Differentialdiagnose der echten Epilepsie gegenüber ist oft schwer. Kraepelin identifiziert symptomatologisch den genuinen epileptischen und den epileptoiden Anfall des pathologischen Rausches. Daß beides zusammen vorkommt, und daß der pathologische Rausch sich häufig durch einen epileptoiden Anfall einleitet, wurde früher schon gesagt. Es wäre in solchen Fällen bei den Angehörigen nachzuforschen, ob schon früher genuine Epilepsie bestand.

Die Differentialdiagnose gegenüber der Hysterie, Dementia paralytica usw. ergibt sich aus dem Nachweis der entsprechenden spezifischen somatischen und psychischen Symptome.

Bemerkenswert ist namentlich bei habituellen pathologischen Rauschzuständen die photographische Treue, mit der sich die Anfälle wiederholen; motorisch, psychisch findet sich stets das gleiche Verhalten. Man hätte daher zu eruieren, ob das betr. Individuum vielleicht schon früher wegen ähnlicher Delikte mit der Polizei usw. in Berührung gekommen ist.

Die Differentialdiagnose gegenüber dem Delirium tremens ist leicht zu stellen.

Die Prognose hängt aufs engste mit der Therapie zusammen. Sie ist quoad vitam gut, wofern nicht der Tod durch Suicid, Selbstverstümmelung, im Kollaps oder an den unmittelbaren Folgen des Alkohols selbst eintritt, oder sonst eine schwere Grundkrankheit bestand. Quoad valetudinem ist die Prognose natürlich schlecht, sobald ein disponiertes Individuum wieder Alkohol genießt. Rezidive sind äußerst häufig. Die Menschen sind im pathologischen Rausch oft gemeingefährlich, und daher hat die Therapie unbedingte Abstinenz zu fordern. Leider existieren noch keine Gesetze, durch die dies zu erzwingen wäre. Eine freiwillige Abstinenz dürfte schwer durchzuführen sein. Es macht ja schon einem normalen Menschen genug Mühe, sich des Alkohols zu enthalten, wieviel mehr erst Individuen, die geistig desequilibriert und haltlos sind? Jedoch — Abstinenz ist für diese Individuen die unerläßliche Forderung. Das Wort: „Jedes Glas zu viel ist verflucht, denn sein Inhalt ist der Teufel!“ ist hier am Platze. Die Abstinenz wäre am ersten noch in Spezialasylen durchzuführen. In ein Irrenhaus solche Kranke zum dauernden Aufenthalt zu schicken, würde inhuman sein, da sie in den alkoholfreien Zeiten ganz normale Menschen sein können, vorausgesetzt, daß nicht eine andere Krankheit, wie progressive Paralyse usw., vorliegt. — Beim Militär wäre eine Abstinenz zwangsweise viel leichter als beim Zivil durchzuführen (der Häufigkeit nach stehen schwere Rauschzustände unter den Psychosen beim Militär fast in erster Linie).

Die Prophylaxe ist beim pathologischen Rausche die beste Therapie. Symptomatisch wird man im Anfall selber Beruhigungsmittel wie Hyoscin, eventuell mit Morphium zusammen, geben.

Der pathologische Rausch ist eine echte Psychose, und daher können alle Handlungen, die in demselben begangen werden, die Anwendung des § 51 in Anspruch nehmen. Bei der großen Anzahl von Delikten, die unter dem Einfluß des Alkohols begangen werden, hat der pathologische Rausch eine hervorragende forensspsychiatrische Bedeutung. Da die deutsche Gesetz-

gebung im Gegensatz z. B. zur österreichischen keine speziellen Bestimmungen über die Zurechnungsfähigkeit des Berauschten kennt, würde also in Fällen, wo Delikte im Rausch begangen sind, der Nachweis psychotischer Symptome zur Exkulpierung im Sinne des § 51 erforderlich sein. Gerade aber in solchen forensischen Fällen sind die Schwierigkeiten der Diagnose oft bedeutend, da die Entscheidung erst nachträglich aus Akten usw. gefällt werden soll. Äußerungen von Wahnideen, Verkennungen, Halluzinationen werden zwar gelegentlich von Zeugen, Polizeiorganen usw. angegeben. Oft sind aber nur mit großer Pedanterie gerade die Äußerungen und Handlungen registriert, die die Merkmale einer in einem bestimmten Paragraphen mit Strafe bedrohten Tat erschöpfen. Es liegt ja solches auch den Polizeiorganen näher als rein ärztliche Gesichtspunkte, sie neigen oft der Annahme zu, der Kranke habe nur „den wilden Mann gespielt".

Gerade in forensischen Fällen wird meist dem Verhalten der Erinnerung großer Wert beigelegt. Die Amnesie hat einen äußerst subjektiven Wert. Für den Angeschuldigten ist es natürlich auf jeden Fall bequemer, zu sagen: „ich weiß von nichts mehr". Daß die Amnesie allein kein Beweis für das Bestehen eines pathologischen Rausches ist, wurde oben ausgeführt. Erst wenn andere spezifisch psychotische Symptome als vorliegend bewiesen werden, können wir einen solchen annehmen. Wann er sich aus einem normalen Rausch entwickelt hat, ist natürlich oft schwer zu sagen.

In anderen Fällen wird der ärztliche Gutachter sich auf den Standpunkt des „non liquet" stellen und nur eine Wahrscheinlichkeit des pathologischen Rausches annehmen. Der Richter dürfte dann vielleicht nach dem alten Grundsatz „in dubio pro reo" entscheiden. Bei der tatsächlich oft immensen Schwierigkeit einer klaren Diagnose stellt der Gutachter mit der Entscheidung „non liquet" der Psychiatrie kein Armutszeugnis aus. — Wird man von einem pathologischen Anatomen verlangen, daß er an einer bereits stark verfaulten Leiche feinere histologische Veränderungen diagnostiziert?

Wenn auch der pathologische Rausch nur bei be-

sonders dazu disponierten Individuen vorkommt, so ersetzt doch der Nachweis einer disponierenden Intoleranz, wie wir sie bei der Ätiologie besprochen haben, nicht den Nachweis der Symptome des pathologischen Rausches.

Experimente mit dem betreffenden Individuum auf pathologische Alkoholreaktion während einer längeren Beobachtung sind zwar vom wissenschaftlichen, nicht aber vom menschlichen Standpunkte aus gerechtfertigt.

Wir können an dem Satz festhalten: Wo Symptome des pathologischen Rausches vorhanden sind, und so füglich die Diagnose des pathologischen Rausches zu stellen ist, da sind die Voraussetzungen des § 51 gegeben, gleichgültig, welcher Art die forensisch in Frage kommende Tat ist. In all diesen Fällen wird der Richter auf die vorliegenden pathologischen Momente aufmerksam zu machen und ihre Bedeutung für Gestaltung und Schwere der Alkoholwirkung hervorzuheben sein.

Haben sich Anhaltspunkte für das Vorliegen eines pathologischen Rausches im engeren Sinne nicht ergeben, haben sich krankhafte Momente, die für eine entsprechende Bewertung des einfachen Rausches wichtig sind, nicht ermitteln lassen, so bleibt nach Lage unserer Gesetzgebung nichts übrig, als die Entscheidung, die nicht in rein ärztlichem Sinne erfolgen kann, dem Richter zu überlassen, wenn auch dem einzelnen ein derartiger Verzicht auf das Geltendmachen seiner ärztlichen Anschauungen nicht angenehm sein mag.

Es sei mir nun gestattet, einige Fälle von pathologischem Rausch hier zu veröffentlichen, die mir von dem Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik, Herrn Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. Ziehen, gütigst überlassen worden sind.

1. Wa., Tischler, 32 Jahre.

Vater war Potator, litt an Delirium tremens, starb an Lungenkrankheit. Mutter beging im Tiefsinn Suicid. Pat. hat schon immer viel getrunken, besonders in letzter Zeit, so daß er sein Geschäft stark vernachlässigte. Fünfmal wegen Körperverletzung bestraft. Zweimal am Kopf durch Schlag mit Scherbaum verletzt; seit dieser Zeit nicht mehr „richtig im Kopf“. Sexuell ist Pat.

sehr ausschweifend. Seit 3 Monaten jeden Tag betrunken, ißt wenig. Betrunken ist er aufgeregt, frech und gemein, will alles entzweischlagen, bedroht seine Familie mit Revolver und Stockdegen, besonders wenn man ihn ärgert. Auf der Straße bekommt Pat. plötzlich einen „Tobsuchtsanfall" nach Alkoholgenuß, will mit einem Kaffelöffel sein Geld ausgraben.

Bei der Aufnahme verhält sich Wa. jeder Untersuchung gegenüber stark ablehnend. Foetor ex ore. Gibt an, für einen Taler Schnaps getrunken zu haben. Im übrigen antwortet er auf alle Fragen nur mit starken Schimpfworten, später nur mit: Berlin 28. Örtlich und zeitlich besteht Unorientiertheit.

Am nächsten Tage ist er auch nur teilweise orientiert. Für sämtliche gestrige Vorgänge — Tobsuchtsanfall, Schimpfen usw. — besteht Amnesie, die ganz scharf einsetzt. Er bestreitet, seine Familie bedroht zu haben. Sonst gibt er vernünftig Auskunft. Die körperliche Untersuchung ergibt außer druckempfindlichen Narben am Kopf und einer trägen Lichtreaktion der Pupillen nichts Besonderes.

Verschiedene Momente bedingen bei Wa. die Intoleranz und geben so den Boden ab für das Zustandekommen eines pathologischen Rausches.

Zunächst ist Pat. im Sinne einer konvergenten Heredität schwer belastet. Er ist nachweislich zu einer Zeit geboren, wo der Vater schon Potator war. Die Mutter war „tiefsinnig". Angeborne Geistesschwäche ist nicht vorhanden. Disponierend für pathologischen Rausch sind ferner mehrere schwere Kopftraumen; Pat. selbst sagt, daß er seitdem „nichts mehr verträgt".

Sexuelle Exzesse spielen ätiologisch wohl auch mit, vor allem aber der chronische Alkoholismus; Pat. ist alkoholistischer Psychopath durch und durch. Befördert wird die Intoleranz noch durch die geringe Nahrungsaufnahme; in der letzten Zeit hat Pat. fast gar nichts gegessen.

Der pathologische Rausch selber äußert sich in jenen charakteristischen impulsiven Handlungen; Pat. bedroht seine Familie aufs schwerste, schimpft, tobt usw. Ganz unmotiviert ist und den Charakter einer Einfalls-

handlung trägt das Verhalten auf der Straße. Ob die Körperverletzungen, derentwegen Pat. früher schon bestraft ist, ebenfalls lediglich motorische Reaktionen im pathologischen Rausche waren, läßt sich nicht mit Bestimmtheit sagen, ist jedoch leicht möglich. Die Amnesie ist total. Am nächsten Tage ist Pat. ganz klar: die körperliche Untersuchung ergibt träge Pupillenreaktion.

Zu bemerken ist, daß Pat. am Tage nach der Aufnahme von Eifersuchtswahnideen erzählt, die er früher gehabt hätte. Ich erwähnte schon, daß gerade bei Potatoren mit habituellen pathologischen Rauschzuständen diese Art von Wahnideen oft vorkomme. Die Anfälle, die Pat. bis jetzt gehabt hat, sind auch nach Aussagen von Referenten durch ihre große Ähnlichkeit ausgezeichnet.

Die Dosis von Alkohol, die im vorliegenden Fall den pathologischen Rausch hervorgerufen hat, ist eine große. Die Diagnose ist eine leichte, einen guten Anhaltspunkt bietet der Foetor ex ore.

2. Wü., Rohrleger, 25 Jahre.

Vater ist Potator; Schwester hat epileptische Krämpfe. Pat. ist geistig etwas zurückgeblieben. Ist kein Potator, kann nichts vertragen. Vor 4 Jahren Heizer auf einem Schiff, hatte viel unter der Hitze zu leiden. Seit einem Jahre treten auch nach geringem Alkoholgenuß „Krämpfe" auf, namentlich nach vorhergehenden Erregungen. Dabei wird Pat. bewußtlos, schreit, tobt, redet wirr, geht auf seinen Bruder los, muß von mehreren Männern gehalten werden. Einnässen ist dabei nicht vorgekommen. Die Anfälle sind sich immer gleich. Gelegentlich vor dem Anfall eigentümliches Gefühl in der Magengegend. Im Anfall treten oft tonisch-klonische Zuckungen auf. Nach dem Anfall Schlaf und regelmäßig Amnesie.

Bei der Arbeit bekommt er nach 20 Pfennig Schnaps einen Anfall, tobt, schreit, muß gehalten und gefesselt werden. Bei der Aufnahme ist er sehr aufgeregt und ängstlich. Foetor ex ore. Springt aus dem Bette, wird aggressiv gegen andere Kranke, schreit laut. Genaue Untersuchung daher nicht möglich. Die Desorientierung

ist sehr stark, die Klinik nennt er ein Ameisenhaus. Korneal- und Konjunktivalreflex fehlen, die anderen Reflexe sind erhalten.

Am nächsten Tag besteht Amnesie nach ruhigem, tiefem Schlaf. Pat. weiß nur noch, daß er zur Arbeit ging, nachdem er vorher für 20 Pfennig Schnaps getrunken hatte. Den Arzt will er noch nicht gesehen haben. Von früheren Krampfanfällen weiß er nichts. Es besteht, wie auch in den nächsten Tagen, noch eine leichte Ängstlichkeit.

Es handelt sich hier wahrscheinlich um eine Kombination von echter Epilepsie und pathologischem Rausch; letzterer durch die erstere bedingt. Das Fehlen von Zungenbiß, Einnässen usw. spricht nicht gegen Epilepsie. Eine ganz exakte Diagnose zu stellen, ist nicht ganz leicht. Als weiter disponierend zur Intoleranz kommt die erbliche Belastung durch Potus des Vaters sowie der Umstand in Betracht, daß Pat. lange unter dem Einfluß kalorischer Noxen zu leiden hatte. Auch eine leichte Debilität wäre in Betracht zu ziehen.

Das Krankheitsbild wird beherrscht durch die starken motorischen Reaktionen, den Affekt der Angst und die beträchtliche Desorientierung. Halluzinationen sind nicht nachzuweisen; das aggressive Verhalten gegen die Umgebung ließe daran denken, zum mindestens an illusionäre Verkennungen. Die Amnesie nach dem Erwachen ist eine totale. Bemerkenswert ist am Tage des Anfalls das Fehlen von Korneal- und Konjunktivalreflex, eine relativ seltene Erscheinung; am Tage nach dem Anfalle sind alle Reflexe vorhanden.

Auch an diesem Falle sehen wir wieder, daß der pathologische Rausch nicht nach Alkoholexzeß auftreten muß, sondern schon nach geringen Dosen: Pat. hatte nur für 20 Pfennig Schnaps getrunken.

3. B., Landmesser, 24 Jahre.

Keine Heredität. Als Kind schwach. Trinkt viel, früher bis 8 Liter Bier, auch Schnaps. Exzesse in Venere und Abusus nicotianae vorhanden. Pat. wurde zweimal vom Automobil überfahren; seitdem viel Kopfschmerzen.

Seit 1 Jahre oft betrunken, schlägt und bedroht seine Frau, redet wirr, hat Größenideen, redet von viel Geld. Kommt man ihm zu nah, so wirft er mit Gegenständen. Vor der Hochzeit schlägt er im Rausch den Eltern seiner Braut (!) die Fenster ein. Ein Suicidversuch in der Trunkenheit mißlingt. Einmal sind Verfolgungsideen im Rausch beobachtet worden. Nach den Anfällen besteht immer Amnesie. Nüchtern ist Pat. reizbar und vergeßlich. Kommt freiwillig in die Klinik, da er über seinen Zustand traurig ist.

Wenn es sich hier auch nicht um einen frischen, in der Klinik beobachteten Fall handelt, so kann man doch aus der Anamnese die Diagnose auf pathologischen Rausch stellen. Ganz charakteristisch ist das motorische Verhalten, z. B. daß Pat. den Eltern seiner Braut die Fenster einschlägt; ferner der Suicidversuch. Bemerkenswert ist, daß Anklänge an Größenideen vorhanden sind. Die beobachteten Verfolgungsideen motivieren einigermaßen den Selbstmordversuch. Die Amnesie ist eine totale.

Ätiologisch ist für die Intoleranz zunächst der chronische Alkoholismus verantwortlich zu machen. Pat. ist Potator strenuus. Eine wichtige Rolle scheint ferner das zweimalige Trauma zu spielen, Pat. selber legt ihm eine große ätiologische Bedeutung bei. Schließlich können wir noch Exzesse in Venere und Nikotin als prädisponierend erwähnen.

Am Status ist außer einer Herabsetzung des Konjunktivalreflexes nichts Abnormes.

4. Sch.. Klempner, 24 Jahre.

Vater des Pat. ist jähzornig. Während der Schulzeit hatte Pat. 2 Jahre hindurch Wutkrämpfe im Anschluß an Affekte. Die Anfälle tragen nach der Anamnese keinen epileptischen Charakter. Im Anfall, der mit „Bewußtlosigkeit", Zucken, „wildem Dreinschauen" usw. einherging, sah Pat. öfters einen Löwen, sprach auch davon. Nach den Anfällen bestand Amnesie. Potus ist mäßig, verträgt nicht viel, wird nach Alkoholgenuß leicht erregt. Am Tage vor der Aufnahme wird Pat. von Bekannten nach Hause gebracht. Er ist vernünftig und orientiert. Im Bett bekommt er nach einer

halben Stunde einen Krampfanfall: Er verliert die Besinnung, Augen sind weit aufgerissen, Kiefer zusammengepreßt, knirscht mit den Zähnen, macht Bewegungen mit Händen und Füßen. Kein Zungenbiß oder Einnässen. Strebt aus dem Bette heraus, ist desorientiert, erkennt die Umgebung nicht mehr, muß gehalten werden. Bei der Aufnahme in die Charité macht er den Eindruck eines stark Betrunkenen, ist jedoch leidlich orientiert, schläft bald ein.

Am nächsten Morgen gibt er an, er sei mit Bekannten nach einer Protestversammlung in mehrere Lokale gegangen, wo er viel getrunken habe. Im letzten Lokal, wo es sehr heiß war, habe er die Erinnerung verloren. Diese setzt erst wieder bei der Exploration in der Charité ein.

Der Status zeigt einige verdächtige Bißnarben auf der Zunge, die Reflexe — am Tage nach der Aufnahme geprüft — sind normal.

Wir haben hier den interessanten Fall vor uns, daß der Erregungszustand des pathologischen Rausches aus dem Schlafe heraus eintritt. Wir wissen jedoch nicht, was den eigentlichen Anstoß dazu gegeben hat. Fest steht, daß das Schlafzimmer sehr warm war; ob ein unbeabsichtigtes oder unvorsichtiges Erwecken von seiten eines Bekannten den Erregungszustand herbeiführte, ist aus der Anamnese nicht zu entnehmen. Die Amnesie ist eine totale. Der Affekt ist mäßig betont.

Es ist nicht ganz klar, wodurch hier die dauernde Intoleranz bedingt ist. Die „Wutanfälle“ der Kindheit deuten auf Hysterie; andererseits sind die Bißnarben auf der Zunge suspekt für Epilepsie. Vielleicht ist eine Kombination beider Neurosen vorhanden. Eine erbliche Belastung ist nicht nachweisbar. Eine vorübergehende Intoleranz wird in diesem Falle geschaffen durch die Hitze des Lokals, vielleicht durch Erregung in der Protestversammlung. Die Alkoholdosis ist eine große.

5. K., Arbeiter, 27 Jahre.

Keine Heredität. Normale Entwickelung. Seit einiger Zeit viel Kopfschmerzen und Blutandrang. Kein Trauma. Mäßiger Potus.

Pat. ging gestern gesund zur Arbeit, ohne Kopfschmerzen. Hatte Steine zu verladen. Ging dann in eine Kneipe, wo er gleich nach Beginn des Trinkens ganz plötzlich das Bewußtsein verlor. Welcher Art das Getränk war, wissen wir nicht. Die Erinnerung beginnt unklar erst wieder bei der Aufnahme in die Charité, wo er vernünftig ist, sich selbst auszieht und einschläft.

Der Status bietet nichts Abnormes.

Dieser Fall ist vielleicht als ein Grenzzustand zwischen pathologischem und unkompliziertem Rausch zu betrachten. In der Anamnese vermissen wir Momente, die eine dauernde Intoleranz hätten zustande bringen können, auch zeigt der Status nichts, was in dieser Beziehung einen Anhalt bieten könnte, wie Degenerationszeichen, Druckpunkte, Bißnarben usw. Trotzdem kann hier wohl eine dauernde Intoleranz vorliegen: wir wissen ja, daß es genug Menschen gibt, bei denen wir keinerlei Ursachen für ihre Resistenzlosigkeit gegenüber dem Alkohol nachweisen können.

Bemerkenswert ist, daß die Assoziationsstörung und Amnesie so bald nach dem Trinken und so äußerst akut einsetzt. Manche Autoren sehen darin ein wichtiges Unterschiedsmerkmal zwischen unkompliziertem und pathologischem Rausch, daß bei letzterem die Amnesie ganz scharf einsetzt, bei ersterem sich allmählich entwickelt.

Die Amnesie ist auch hier total. Möglicherweise hat die vorhergehende körperliche starke Anstrengung eine vorübergehende Intoleranz hervorgerufen. Die Anamnese gibt uns nicht an, was sich nach Eintreten der „Bewußtlosigkeit", d. h. der Dissoziation, noch ereignete. So wissen wir also nicht, ob nicht vielleicht doch pathologische motorische Reaktionen, Affekte oder anderes vorhanden waren.

6. S., Wäschearbeiter, 24 Jahre.

Keine Heredität, normale Entwickelung. Trank früher viel, jetzt wenig. Leidet an Knochentuberkulose.

Pat. wollte von der Krankenkasse Geld abholen, traf vorher einen Bekannten, trank mit ihm rasch ziemlich viel Bier. Hatte unterdes noch Ärger über einen Ar-

beiter; betrunken war er jedoch nicht. In der Kasse mußte er warten. Es war dort sehr heiß. Plötzlich verliert Pat. das Bewußtsein. Er bekommt einen Tobsuchtsanfall und muß an Armen und Beinen gefesselt in die Charité gebracht werden. Nach Lösung der Fesseln springt er auf, schlägt gegen Türen und Fenster, muß von mehreren Wärtern entkleidet werden. Ins Kastenbett gebracht, schläft er sofort ein. Foetor alcoholicus.

Nach 2 Stunden tiefen Schlafes erwacht er. Er ist gut orientiert, gibt an, daß er schon einmal wegen Ebrietas in der Charité war, gibt überhaupt vernünftig Auskunft. Über das Vorhergegangene weiß er nichts, die Amnesie ist total, er erinnert sich nur noch, daß er auf der Kasse gewartet habe und dann besinnungslos geworden sei. Der Status ergibt: Knochentuberkulose der linken oberen Extremität. Die Reflexe sind lebhaft. Bei der Intelligenzprüfung manifestiert sich ein leichter Defekt. In den nächsten Tagen zeigt Pat. noch eine psychische Alteration im Sinne der Aufgeregtheit, er äußert sich über seinen Zustand: „es wäre am besten, man wäre tot".

Obiger Fall bietet in hervorragendem Maße all die Kriterien eines Dämmerzustandes: Brüsker Beginn, schneller Verlauf, brüskes Abklingen, totale Amnesie. Diese ist scharf von dem vorhergehendem Zustande abgegrenzt, die Erinnerung erwacht erst nach dem Schlaf.

Sehr charakteristisch sind die motorischen Reaktionen.

Die Intoleranz wird hier bedingt durch eine leichte Debilität und eine chronische Erkrankung, die Tuberkulose. Als auslösende Momente kommen gemütliche Erregung über einen Kameraden und Hitze in Betracht. Vielleicht ist für die Intoleranz nicht ganz ohne Bedeutung der frühere Alkoholismus. Bemerkenswert ist, daß Pat. nicht betrunken war, auch äußerlich keine diesbezüglichen Symptome darbot.

Werfen wir noch einen kurzen Rückblick auf die obigen Fälle. Bei allen sind mehr oder minder stark ausgeprägte psychotische Symptome vorhanden. Besonders in die Augen fallend ist in den meisten Fällen das motorische Verhalten, das bald mehr, bald weniger durch Wahnideen und Ähnliches motiviert erscheint. Der Affekt der Angst findet sich bei mehreren unserer Fälle. Bei allen aber findet sich totale Amnesie; im Gegensatz zu anderen Fällen hebt sich kein einziges gefühlsbetontes Bild aus der Nacht der Amnesie hervor. Stets setzt die Amnesie in unsern Fällen plötzlich ein. Der Ablauf ist ein rascher; besonders imponiert dies bei Fall 6. Jedenfalls sind die Kriterien eines Dämmerzustandes bei allen Patienten vorhanden. Die Intoleranz läßt sich außer bei Fall 5 bei den andern Patienten nachweisen. Bezüglich des somatischen Verhaltens ist zu bemerken, daß gerade ein Fehlen der Sehnenreflexe bei keinem Pat. bemerkt wurde; allerdings konnten aus rein praktischen Gründen nicht alle im Erregungszustand untersucht werden. Symptome der einfachen Trunkenheit, wie Lallen, Schwanken, vermissen wir bei einigen Fällen. Bemerkenswert ist ferner, daß sich die meisten Patienten in einem nach Stier zur Empfänglichkeit für Alkoholwirkung besonders disponierten Alter befanden.

Die therapeutische Forderung der absoluten Abstinenz intoleranter Individuen wird durch unsere Fälle gerechtfertigt erscheinen.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. Ziehen für die Anregung und Förderung dieser Arbeit sowie für die gütige Überlassung der Fälle meinen gehorsamsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Cramer, Gerichtliche Psychiatrie. 2. Aufl.

— Über die forensische Bedeutung des normalen und pathologischen Rausches. Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. 1903, Nr. 13.

Freund, Die Alkoholfrage in der Armee. Der Militärarzt 1904, Nr. 13.

Gudden, Über die Pupillenreaktion bei Rauschzuständen. Neurol. Zentralbl. 1900.

Heilbronner, Über pathologische Rauschzustände. Münch. med. Wochenschr. 1901, Nr. 24.

— Trunkenheitsdelikte und Strafrecht. Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 13.

— Zur klinischen und forensischen Beurteilung gewisser sexueller Perversitäten. Vierteljahresschr. f. gerichtl. Med. XIX, 2.

Hoppe, Die forensische Beurteilung und Behandlung der im Rausch und von Trinkern begangenen Delikte. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1906, Nr. 2.

— Alkohol und Kriminalität. Wiesbaden 1906.

von Krafft-Ebing, Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie. 3. Aufl., Wien.

Kutner, Zur Diagnostik des pathologischen Rausches. Deutsche med. Wochenschr. 1904, Nr. 29.

Mattauschek, Über die forensische Beurteilung akuter Rauschzustände vom Standpunkt des Militär-Strafgesetzbuches. Wien. klin. Wochenschr. 1906, Nr. 17.

Moeli, Über die vorübergehenden Zustände abnormen Bewußtseins infolge von Alkoholvergiftung und ihre forensische Beurteilung. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 57.

Stier, Die akute Trunkenheit. Jena 1907.

— Fahnenflucht und unerlaubte Entfernung. Halle 1905.

Weber, Über die Zurechnungsfähigkeit für Delikte, die im Rausch begangen worden sind. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1902 (siehe auch daselbst die Artikel über „Alkoholismus und Intoxikationspsychosen").

Ziehen, Lehrbuch der Psychiatrie. Leipzig 1902.

— Neuere Arbeiten über pathologische Unzurechnungsfähigkeit. Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. 1897, Bd. 2.

Lebenslauf.

Verfasser vorliegender Arbeit, Gerhard Johannes Athanasius Richter, evangelischer Konfession, Sohn des verstorbenen Pastors Albrecht Richter, wurde am 21. Mai 1884 zu Kiekebusch geboren. Seine wissenschaftliche Ausbildung erhielt er auf dem Gymnasium zu Fürstenwalde a. d. Spree und auf der Kgl. Landesschule Pforta, welch letztere er Ostern 1902 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Ostern 1902 bezog er die Berliner Universität, um sich dem Studium der Medizin zu widmen. Am 21. Oktober 1902 wurde er an der Kaiser-Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen zu Berlin immatrikuliert. Seiner Dienstpflicht genügte er vom 1. April 1903 bis 30. September 1903 beim 4. Garde-Regiment z. F. in Berlin. Am 14. März 1904 bestand er die ärztliche Vorprüfung; im Herbst 1907 wurde er exmatrikuliert und am 1. Oktober 1907 zum Unterarzt beim 3. Lothringischen Feldartillerie-Regiment Nr. 69 ernannt und auf 1 Jahr zum Kgl. Charité-Krankenhause kommandiert. Im April 1909 bestand er die ärztliche Staatsprüfung und erhielt die Approbation als Arzt.

Während seiner Studienzeit besuchte der Verfasser die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Professoren und Dozenten:

Beitzke, v. Bergmann (†), Bernhardt, Bier, Brieger, Bumm, Engelmann, Engler, Ewald, Fischer, Fränkel, Goldscheider, Hertwig, Heubner, Hildebrand, Hiller, Köhler, Kraus, Lesser, v. Leyden, Liebreich (†), v. Michel, Nagel, Olshausen, Orth, Passow, Pels-Leusden, Posner, Rubner, Schulz, Schulze, Schwendener, Sonnenburg, Straßmann, Stumpf, Thierfelder, Virchow, Waldeyer, Warburg, Ziehen.

Während des Charité-Kommandos war Verfasser auf den Kliniken folgender Herren tätig:

Geh. Rat Ziehen, Geh. Rat Hildebrand, Geh. Rat Lesser, Geh. Rat His.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser an dieser Stelle seinen ergebensten Dank aus.